

Mackenberg, Hubert

Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines variierten Reizkonfrontationsverfahrens

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 2, S. 57-63



Quellenangabe/ Reference:

Mackenberg, Hubert: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines variierten Reizkonfrontationsverfahrens - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 2, S. 57-63 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27257 - DOI: 10.25656/01:2725

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27257>

<https://doi.org/10.25656/01:2725>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von M. Cierpka, Göttingen · G. Klosinski, Tübingen
U. Lehmkuhl, Berlin · I. Seiffge-Krenke, Bonn · F. Specht, Göttingen
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen:
Ulrike Lehmkuhl und Annette Streeck-Fischer
Redakteur: Günter Presting

45. Jahrgang / 1996

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines variierten Reizkonfrontationsverfahrens

Hubert Mackenberg

Zusammenfassung

Ausgehend von einem Behandlungsfall wird das Phänomen der Schulphobie (Trennungsangst) unter definitivischen, diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten diskutiert. Im Rahmen eines lerntheoretischen Erklärungsrahmens wird der Versuch unternommen, Schulphobie zu klassifizieren. Anhand eines Hypothesenmodells wird anschließend die Entstehung von Trennungsangst mit phobischer Ausprägung erörtert. Für die Diagnostik und psychologische Behandlung wird ein Orientierungsrahmen skizziert, der praktische Erfahrungen und Forschungsergebnisse berücksichtigt.

1 Einführung

- Nach einer Erkrankung, derentwegen ein acht Jahre altes Mädchen zwei Wochen lang nicht am Unterricht teilgenommen hat, weigert sie sich, in die Schule zu gehen. Sie erklärt, sie habe Angst vor der Schule, ohne hierfür einen nachvollziehbaren Grund benennen zu können.
- Ein neun Jahre altes Mädchen geht zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Beratungsstelle seit sieben Wochen nicht mehr in die Schule. Von ihrer Klassenlehrerin wird sie als eine sehr leistungs- und anpassungsfähige Schülerin geschildert. Das Kind fordert nicht nur die Begleitung durch die Mutter auf dem Schulweg, sondern auch deren Anwesenheit in der Klasse.
- Ein 12 Jahre alter Junge bekommt morgens zu Hause so starke Kopfschmerzen, daß er deswegen nicht in die Schule gehen kann. Er hat gute Noten, nach eigener Aussage keine Angst vor der Schule und fühlt sich in der Klasse wohl. Zum Anmeldezeitpunkt fehlte er seit sechs Wochen im Schulunterricht.
- Ein Mädchen (9 Jahre) hat zum Anmeldezeitpunkt seit drei Wochen in der Schule gefehlt. Zuvor sei ihr im Unterricht häufiger schlecht geworden und die Lehrerin habe sie deswegen nach Hause geschickt.

Eine eingehende psychologische Untersuchung dieser Kinder zeigte, daß es sich bei den skizzierten Symptomen um typische Manifestationen eines Phänomens handelt, das mit Begriffen wie *Schulangst* oder *Schulphobie* bezeichnet wird. Erste psychopathologische Klassifikationsversuche dieser Symptomatik finden sich bei BROADWIN (1932) und weiterhin bei JOHNSON et al. (1941). Kontrovers ist in späteren Arbeiten (COOLIDGE et al. 1957, DAVIDSON 1969, RADIN 1967, LOTZGESELLE 1991) insbesondere die Frage, ob sich diese Symptomkonstellationen eher im Sinne einer klassischen Phobie einem lerntheoretischen

oder besser einem psychodynamischen Erklärungskonzept zuordnen lassen.

Ein beachtlicher Systematisierungsversuch findet sich bei BERG et al. (1969), wo einige differentialdiagnostische Kriterien für eine Unterscheidung zwischen Schulschwänzen und Schulphobie benannt werden (weitergehende Überlegungen zur Differentialdiagnose siehe GORDON u. YOUNG 1976, MARTEJAT 1981). Danach ist die Schulphobie von der Schulangst abzugrenzen, die als situationsadäquate Reaktion auf eine vom Kind wahrgenommene Bedrohung durch Lehrer oder Mitschüler sowie aufgrund einer möglichen Leistungsüberforderung anzusehen ist. Unstrittig ist, daß Schulverweigerung oder Schulphobie mit erheblichen psychischen Belastungen, spricht einem in der Regel hohen Angstpotential einhergehen.

Ängste im Kindes- und Jugendalter gehören durchaus zu einem normalen Entwicklungsprozeß und mithin stellt sich die schwierige Frage, wann diese als psychopathologisch bedeutsam und mithin als behandlungsbedürftig anzusehen sind. Zum einen muß die Angstreaktion situationsunangemessen und überdauernd (chronisch) sein, als weiteres Kriterium gilt die durch Angstzustände herbeigeführte massive Einschränkung der Lebensführung (detaillierter hierzu BARRIOS u. O'DELL 1989, MARKS 1987). Bei Kindern sind Ängste insbesondere im Hinblick auf ihre entwicklungshemmende Funktion zu bewerten.

Die aktuellen Versionen der gängigen Klassifikationssysteme erlauben eine differenzierte Einordnung von Ängsten im Kindesalter: In der ICD-10 (deutsche Übersetzung von DILLING et al. 1991) wird zwischen phobischen Ängsten des Erwachsenen- und Kindesalters unterschieden. Letztere werden der Kategorie F.93 (emotionale Störung des Kindesalters) als Ängste, die an eine spezifische Entwicklungsphase gekoppelt sind, zugeordnet. Im DSM-III-R sind die diagnostischen Kategorien für Phobiediagnosen ähnlich formuliert. „Da diese Kriterien jedoch an Erwachsenen entwickelt wurden, ist bislang noch ungeklärt, inwieweit sie dem Erscheinungsbild von Phobien im Kindes- und Jugendalter gerecht werden“ (SCHNEIDER et al. 1993, S.214).

Für die hier behandelte Fragestellung bietet sich zunächst eine Unterscheidung zwischen den im DSM-III-R formulierten kindertypischen Angststörungen an: genannt werden hier das *Trennungsangstsyndrom*, das *Überängstlichkeitssyndrom* sowie das *Kontaktvermeidungssyndrom*.

Kennzeichnend für das *Trennungsangstsyndrom* sind ausgeprägte Befürchtungen des Kindes, von einer nahen Bezugsperson getrennt zu werden. Hierzu gehören eine

übertriebene Besorgnis um die eigene und die Gesundheit naher Bezugspersonen, Befürchtungen, von diesen gewaltsam getrennt zu werden, sowie körperliche und psychische Beschwerden, die in Zusammenhang mit anstehenden oder erfolgten Trennungen auftreten.

Da die bereits angesprochene Kombination von Schulverweigerung und Trennungsangst in der klinischen Praxis häufiger anzutreffen ist, wurde ein Einzelfall mit entsprechender Symptomkonstellation ausgewählt, anhand dessen einige diagnostische und therapeutische Grundorientierungen exemplifiziert werden, die einer lerntheoretischen Perspektive verpflichtet sind (vgl. hierzu EYSENCK 1959).

Zu beachten ist dabei, daß die gewählte Vorgehensweise nicht ohne weiteres auf andere, hier nicht thematisierte Angststörungen des Kindesalters generalisiert werden kann.

2 Biographische Angaben

Martin S. ist ein 12;8 Jahre alter Junge, der mit seiner Mutter (44 Jahre) zum Erstgespräch erscheint. M. ist Einzelkind, in einem kleinen Dorf aufgewachsen; er besuchte in der nächsten größeren Stadt den Kindergarten, die Grundschule und wechselte im Einklang mit der Empfehlung seiner Klassenlehrerin auf ein Gymnasium, wo er gegenwärtig die 7. Klasse besucht und nach eigener Einschätzung ein Schüler mit durchschnittlichen Zensuren ist (diese Selbsteinschätzung wird durch Angaben der Klassenlehrerin bestätigt).

Martins Vater, den der Junge nur als kranken Mann gekannt hat, ist vor einem Jahr verstorben. Frau S., die halbtags berufstätig ist, bewohnt mit ihrem Sohn ein Haus, das ihrer Mutter gehört. Die Großmutter von Martin, die mit im Haus wohnt, wird von ihrer Tochter als eine ängstliche, besorgte Person beschrieben.

Martin hat eine relativ geringe Körpergröße, er spricht mit leiser, wenig betonter Stimme, seine Ausdrucksmöglichkeiten sind differenziert. Als herausragende Freizeitinteressen nennt er Computerspielen und Lesen, sportlich habe er wenig Ambitionen.

3 Beschreibung der Störung

Frau S. kommt aus eigener Initiative mit ihrem Sohn zur Beratung. Sie sei mit Blick auf die akuten Probleme ihres Sohnes zweigleisig gefahren, indem sie zusätzlich ein Gespräch mit einer psychiatrischen Fachärztin vereinbart habe. Diese habe geraten, den Termin in der Beratungsstelle in jedem Fall wahrzunehmen; ihr Sohn sei dort mit seinen Problemen besser aufgehoben.

Martin zeige schon seit längerer Zeit Ängste, ihr, Frau S., könne etwas zustoßen, und er habe aus Besorgnis um ihre Gesundheit schon früher, als er noch die Grundschule besuchte, an einzelnen Tagen den Unterricht versäumt. Auch während der Kindergartenzeit sei es phasenweise vorgekommen, daß M. geweint und protestiert habe, wenn er sich von seiner Mutter trennen sollte. Nach den Sommerferien schaffte es Martin noch an einzelnen Tagen, in die Schule zu gehen und am Unterricht teilzunehmen. Während der Pause rief er seine Mutter auf deren Arbeitsstelle an, um sich davon zu überzeugen, daß ihr nichts passiert sei. Er fahre auch nicht mehr wie sonst mit dem Bus zur Schule, er lasse sich von seiner Mutter fahren; dabei kam es immer öfter vor, daß er nicht

in die Schule ging, sondern sich bei einer bekannten Familie in unmittelbarer Nähe der Arbeitsstelle seiner Mutter aufhielt.

M. schätzt, daß er in den letzten drei Monaten etwa an 5–8 Tagen am Unterricht teilgenommen hat, in den letzten fünf Wochen überhaupt nicht.

Der Junge berichtet weiter von massiven Ängsten, ihm oder seiner Großmutter könne etwas Schlimmes zustoßen. Die Großmutter habe neulich einen leichten Schlaganfall erlitten, sie wurde auf dem Boden liegend von Martin und seiner Mutter gefunden. Er mache sich jetzt oft Gedanken, wie schrecklich es wäre, wenn so etwas wieder passiert und er mit der Großmutter allein wäre.

M. hat in den letzten Monaten seine sozialen Aktivitäten auf ein Minimum eingeschränkt, weil er nicht mehr den Mut aufbringe, ohne Begleitung das Haus zu verlassen. Bei Einkäufen und Besuchen seiner Mutter sei er ständig dabei; wenn diese sich bei den Nachbarn aufhalte, rufe er dort an, um sich die Versicherung geben zu lassen, daß alles in Ordnung ist.

M. berichtet weiter, er habe auch Angst um seine eigene Person; er befürchte, gekidnappt zu werden. Vor einigen Monaten habe mitten im Dorf plötzlich ein Auto hinter ihm angehalten, der Fahrer sei ausgestiegen und Martin rannte, weil er meinte, der Mann wolle ihn schnappen und verschleppen, in Panik davon.

Als weitere Beschwerden schildert M. Einschlafprobleme (Grübeln), Zittern und Herzrasen. Er erwache bei kleinsten Geräuschen und müsse sich dann überzeugen, daß kein Einbrecher im Haus und mit Mutter und Großmutter alles in Ordnung sei.

Neben den beschriebenen spricht der Junge von Ängsten vor Hunden und davor, sich in einem engen, abgeschlossenen Raum aufhalten zu müssen, z. B. in einem Fahrstuhl.

Der Klient erklärt, er wisse, daß seine Befürchtungen unbegründet, zumindest übertrieben seien. Das helfe ihm aber nicht, dagegen anzukommen. Ihm werde schwindelig, sein Herz schlage bis zum Halse, der Boden schwanke unter seinen Füßen, wenn er versuche, von seiner Mutter wegzugehen. Er habe dann nicht das Gefühl, selbst zu gehen, es sei so, als kämen die Häuser auf ihn zu.

Eine Konkretisierung des oben beschriebenen Problemverhaltens kann in Anlehnung an KANFER et al. (1990) auf den folgenden drei Ebenen erfolgen:

- Die *Verhaltensebene* ist gekennzeichnet durch die Vermeidung (von Trennungen). M. schafft es nicht mehr, in die Schule zu gehen, er hält sich außerhalb des häuslichen Rahmens nur in der Nähe seiner Mutter auf. Hiermit ist eine erhebliche Einschränkung sozialer Aktivitäten im Freizeitbereich verbunden. Wenn eine Trennung von ihm gefordert ist, zeigt er kein Flucht-, sondern ein passives Vermeidungsverhalten.
- Auf der *gedanklichen Ebene* sind Befürchtungen vorherrschend, die seine eigene Person bzw. die Gesundheit seiner Mutter und Großmutter betreffen. Das Denken an mögliche Gefährdungen, die von M. nur teilweise kontrolliert werden können, schränken den Verhaltensspielraum ein und verhindern altersadäquate Beschäftigungen (Schulbesuch, Freizeitaktivitäten mit Gleichaltrigen).
- Die vom Klienten geschilderten *körperlichen Beschwerden* treten auf in Trennungssituationen bzw. wenn solche von M. antizipiert werden (morgens vor der Schule zu Hause, auf der Fahrt zur Schule). Diese Beschwerden klingen sehr schnell ab, sobald die Trennungssituation aufgehoben ist.

4 Differentialdiagnostische Überlegungen

Bei Martin S. sind die Kriterien für eine *emotionale Störung mit Trennungsangst* (ICD-10, F.93) erfüllt. Er leidet unter anhaltenden, von ihm selbst als falsch bezeichneten Befürchtungen in Zusammenhang mit Trennungen (von seiner Mutter). Diese Befürchtungen betreffen die Trennung selbst, deren gedankliche Vorwegnahme und deren mögliche Folgen. Hierdurch ist M. in seinem Lebensvollzug, betreffend den Schul- und Freizeitbereich, erheblich eingeschränkt und auch das Familienleben ist durch die Ängste des Jungen erheblich in Mitleidenschaft gezogen. Ärztlicherseits gibt es keine körperlichen Ursachen für die Ängste des Klienten.

M. erfüllt fünf von neun Kriterien für das *Trennungsangstsyndrom* voll, mehrere teilweise. Das *Überängstlichkeitssyndrom* kann hier nicht zur Anwendung kommen, da die Angstreaktionen trotz einer nicht zu verkennenden Generalisierung um die Kernthematik der Trennung gruppiert sind.

Ebensowenig kann hier eine *Schulangst* diagnostiziert werden: Die Zensuren liegen im Klassendurchschnitt, die intellektuellen Voraussetzungen lassen keine Rückschlüsse auf eine Leistungsüberforderung zu, die Werte im Angstfragebogen für Schüler (AFS) ergeben keine Hinweise auf Prüfungs- und Versagensängste.

In Erwägung zu ziehen sind hier weiterhin solche spezifischen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters, die häufig in Zusammenhang mit Angststörungen zu beobachten sind: Entsprechende Studien verweisen auf erhöhte Komorbiditätsraten der Trennungsangst mit (a) anderen Angststörungen (KASHANI u. ORVASCHEL 1990), mit (b) einer depressiven Störung (BIRD et al. 1993) sowie (c) mit Zwangsstörungen (BOWEN et al. 1990).

(a) Der Klient selbst schildert panikartige Reaktionen. Gleichwohl sind hier die differentialdiagnostischen Kriterien für eine Panikstörung nicht gegeben, weil die hier in Rede stehenden Angstreaktionen nicht unvermittelt, sondern ganz eindeutig in Zusammenhang mit Trennungen bzw. wahrgenommenen Bedrohungen (die Angst, gekidnappt zu werden) auftreten.

(b) M. zeigt einige depressionsrelevante, effektive Beeinträchtigungen (Rückzugsverhalten, Mutlosigkeit), die eine entsprechende Zusatzdiagnose nahelegen könnten. Bei genauerer Prüfung der Anamnese- und Testdaten ergeben sich allerdings keine konkreten Anhaltspunkte für eine depressive Störung. Erfüllt werden lediglich zwei von elf Kriterien der Symptomliste von KOLVIN et al. (1984). Auch ist der Testwert im Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche nicht auffällig.

(c) Ausgeschlossen werden kann eine Zwangsstörung des Kindes- und Jugendalters. Die Exploration mit dem Layton-Zwangssyndrom-Inventar Fragebogen (deutsche Version) erbrachte keinen störungsrelevanten Befund.

Die Fragebogenergebnisse (Satzergänzung, Mannheimer Elterninterview, Child Behavior Checklist) unterstützen die Diagnose einer Trennungsangst mit Schulverweigerung (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht der eingesetzten Testverfahren

<i>Kognitiver Bereich</i>	Grundintelligenztest (CFT 20) d-2 (Konzentrationstest) Zahlenverbindungstest (ZVT)
<i>Explorationshilfen</i>	Angstfragebogen für Schüler (AFS) Satzergänzungsfragebogen Mannheimer Elterninterview
<i>Persönlichkeit</i>	Child Behaviour Checklist (CBCL) Hamburger Neurotizismus und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES KJ)
<i>Depression</i>	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) Symptomliste von KOLVIN
<i>Zwänge</i>	Leyton-Zwangssyndrom-Inventar Fragebogen (Kinderversion)

5 Genese des Problemverhaltens

Die Erörterung der Entstehungsbedingungen des Problemverhaltens von Martin S. erfolgt hier unter einer lerntheoretisch ausgerichteten Perspektive (alternative Erklärungsmodelle für schulphobisches Verhalten, auch in Zusammenhang mit Trennungsangst, finden sich bei BOWLBY 1974, DEGENER 1990, LOTZGESELLE 1990, SCHLUNG 1987).

Analog zu Erklärungsansätzen bei der Behandlung von Ängsten erwachsener Klienten kann auch hier zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen differenziert werden (im einzelnen hierzu REINECKER 1993).

Analog zur Zwei-Faktoren-Theorie von MOWRER (1960) würde eine naheliegende Hypothese in diesem Fall besagen, daß der Klient durch ein spezifisches Ereignis, das er psychisch nicht hinreichend verarbeiten konnte, eine übersteigerte Trennungsangst ausgebildet hat, daß mithin eine klassische Konditionierung erfolgte, die im weiteren durch die Vermeidung der aversiven Situation negativ verstärkt wurde.

Zwingende Anhaltspunkte für die Bestätigung dieser Hypothese ergeben sich aus der Anamnese nicht. Zwar stellt der Tod des Vaters zweifellos einen Vulnerabilitätsfaktor dar, eine zeitliche Koinzidenz mit einem verstärkten Auftreten des Problemverhaltens (Schulverweigerung, Vermeidung von Trennungen) ist nicht festzustellen.

Was die auf den Beginn des neuen Schuljahres datierte, verschärft auftretende Trennungsangst auslöste, ist hier nur spekulativ zu entscheiden, da aus den Daten zur Problemgenese für diesen Zeitpunkt keine gravierenden Veränderungen im schulischen oder familiären Umfeld herzuleiten sind.

Die für das Manifestwerden des Problemverhaltens wahrscheinlichste Konstellation erscheint unter dieser Voraussetzung: Nachdem M. die bereits über einen langen Zeitraum latenten und vereinzelt deutlich werdenden Trennungsängste mehr oder weniger gut bewältigen konnte, stellte sich im Sommer 1994 eine Erschöpfungsreaktion ein. Die lange Abwesenheit von der Schule und das stän-

dige Zusammensein mit seiner Mutter während der Ferienzeit haben die für den Schulbesuch notwendige Trennung zu einem aversiven Ereignis gemacht. Durch die zunächst sporadische und im weiteren vollständige Vermeidung des Schulbesuchs wurde eine Löschung der Angstreaktion und eine Ausformung alterskonformen Verhaltens verhindert.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, spielen entwicklungspsychologische Gesichtspunkte beim Erwerb von Phobien eine wichtige Rolle, ebenso biologische Gesichtspunkte (vgl. hierzu ÖHMAN et al. 1985). So kann man plausibel unterstellen, daß Trennungsängste in starkem Maße mit Fragen der Selbständigkeit, der Abgrenzung zu den Eltern und der Suche nach einer adäquaten Position in der Gemeinschaft Gleichaltriger in Zusammenhang stehen. Vor dem Hintergrund solcher Entwicklungsaufgaben befindet sich Martin in einer besonders vulnerablen Altersphase.

Auch spielen kognitive Faktoren bei der Aufrechterhaltung des Problemverhaltens eine wichtige Rolle. Bei Martin besteht eine negative Erwartungshaltung bezüglich der Bewältigung von Trennungssituationen. Diese negative Erwartungshaltung, begleitet durch ein ausgeprägtes Hilflosigkeitsgefühl, fördert die Manifestation des Vermeidungsverhaltens.

Selbst wenn M. eine Trennungssituation einigermaßen bewältigt hatte, was ihm selten, aber doch einige Male gelungen ist, führte dies zu keiner Umstrukturierung seiner negativen Erwartungen, insofern er solche „gelungenen Aktionen“ extern attribuierte. Durch herabsetzende Kritik (Mitschüler bezeichneten ihn wegen seines häufigen Fehlens als „Drückeberger“, „Feigling“ und „Muttersöhnchen“) wurden die noch vorhandenen Bestände sozial kompetenten Verhaltens weiter unterminiert, insofern der Klient diese Qualifizierungen in Form selbstabwertender Gedanken übernahm („Ich bin ein Versager.“).

Der vorrangige Bewältigungsmechanismus, das Angstpotential durch Trennungsvermeidung in Grenzen zu halten, trägt ebenso wie die körperlichen Beschwerden und Schlafprobleme zu einer verstärkten Erschöpfungsreaktion und zu einer übermäßigen Beachtung körperlicher Symptome bei (Schwindel, Herzrasen). Die hiermit einhergehende Verfestigung des Problemverhaltens – unterstützt durch eine in Anforderungssituationen passive Vermeidung – ist bei Berücksichtigung der Vorgeschichte (prädisponierende Bedingungen) und der einseitigen Aufmerksamkeitsfokussierung des Klienten auf körperliche Symptome (auslösende und aufrechterhaltende Bedingung) nicht nur plausibel, sondern geradezu psychologisch redundant.

Prognostisch und im Hinblick auf die Therapieplanung bedeutsam sind *protektive* und *belastende* Faktoren auf Seiten des Klienten sowie in dessen sozialem Umfeld: Als *Belastungsfaktoren* können angesehen werden die Unsicherheit und Selbstzweifel des Klienten, seine seit Monaten andauernden Ängste und die Sorge, sich noch mehr sozial zu isolieren, sowie die immer größer werdende Furcht, sich den Schmähungen seiner Klassenkameraden aussetzen zu müssen.

Als protektive Faktoren können gelten: Eine positive Therapieerwartung, die hohe schulische Leistungsmotivation (M. erkundigt sich nach seinen Hausaufgaben und erledigt diese vollständig), die Kooperationsbereitschaft seiner Mutter in der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten sowie ihre Fähigkeit, beruhigend und aufmunternd auf ihren Sohn einwirken zu können.

6 Intervention

Die Behandlung der Trennungsprobleme von Martin verlangen eine Auseinandersetzung mit der angstausslösenden Situation. Hierzu bieten sich aus klinisch-psychologischer Sicht unterschiedliche Zugangsweisen an (im Überblick MARKS 1987, REINECKER 1993). Diese inzwischen hinlänglich erprobten und mit ausreichender Effektivität ausgestatteten Konfrontationsstrategien orientieren sich am bereits erwähnten Drei-Ebenen-Modell. Danach kann eine konfrontative Auseinandersetzung mit angstausslösenden Situationen kognitiv (in sensu), emotional sowie unmittelbar auf der Verhaltensebene (in vivo) erfolgen. Der Einsatz dieser Verfahren bei erwachsenen Klienten ist hinreichend erprobt und erforscht, für die Behandlung von Kindern ist der Erkenntnisstand als defizitär zu bezeichnen.

Vorab war zu berücksichtigen, daß alle Behandlungsversuche im Lichte eines außenbestimmten Behandlungszieles (das Kind soll möglichst schnell wieder in die Schule gehen) zu sehen sind. Selbst wenn sich der Therapeut diese Zielsetzung nicht zu eigen macht, so ist er doch im Falle einer Trennungsangst mit Schulverweigerung einem hohen Erwartungsdruck seitens der Eltern bzw. der Lehrer ausgesetzt. Dieser Tatbestand hat bestimmte Konsequenzen für die Behandlungsstrategie. So ist beispielsweise ein therapeutisches Vorgehen, das nicht primär den Schulbesuch des Kindes, sondern eine Bearbeitung der „Hintergrundproblematik“ in den Vordergrund stellt, nur dann langfristig durchzuhalten, wenn Schule und Eltern eine u. U. sehr lange Abwesenheit des Kindes von Schulunterricht hinzunehmen bereit sind.

Die folgenden Anmerkungen skizzieren die in der ersten Interventionsphase durchgeführten Maßnahmen, die darauf ausgerichtet waren, das gravierendste Problemverhalten, nämlich die Abwesenheit vom Unterricht, möglichst schnell zu beenden.

Der Klient wurde mittels Ratschlägen und Bewältigungshilfen aufgefordert, wieder in die Schule zu gehen. Seine Mutter wurde veranlaßt, eine eindeutige Haltung zum Thema Schulbesuch einzunehmen und diese gegenüber ihrem Sohn zu vertreten. Dabei galt es für jede Problemsituation zwischen konstruktiven, angstreduzierenden Hilfestellungen der Frau S. sowie solchen Verhaltensweisen zu unterscheiden, die verunsichernd wirken und somit zu einer Bekräftigung des Vermeidungsverhaltens führen konnten. (Letzteres war ganz eindeutig der Fall, wenn Frau S. sich von ihrem Sohn dazu bewegen ließ, ihn von der Schule abzuholen, obwohl der Unterricht nicht beendet war.)

Mit der Klassenlehrerin von M. wurde vereinbart, daß der Junge, sollte er über Unwohlsein klagen, nicht vorzeitig nach Hause zu entlassen sei.

Neben diesen flankierenden Maßnahmen wurde mit Martin eine Desensibilisierung in sensu durchgeführt. Als Einstieg wurden Übungen zur progressiven Muskelentspannung eingesetzt. (Vorschläge für kindzentrierte Anwendungen, vorrangig in Kombination von Imagination und Entspannungsverfahren, finden sich u. a. bei SMITH u. SHARE 1967, KOEPPEN 1974, HERMECZ u. MALAMED 1984 sowie in Form eines kompakten Trainings bei PETERMANN u. PETERMANN 1994.)

Die Auseinandersetzung mit angstinduzierenden Situationen wurde entlang einer mit dem Klienten erstellten Angsthierarchie durchgeführt. Ab der 4. Sitzung war M. in der Lage, sich mental auf angstbesetzte Situationen einzulassen und mittels eines Signals kenntlich zu machen, wenn er Anzeichen von Angst bei sich wahrnahm. Zu diesem Zeitpunkt waren seine Trennungsängste noch so ausgeprägt, daß seine Mutter sich während der Übungen in einem Nebenraum aufhalten mußte.

Ein Erfolgskriterium war nach einer ersten Übungsphase (11 Sitzungen) erreicht: M. konnte sich die ausgewählten Anforderungssituationen angstfrei vorstellen; hingegen war er noch nicht in der Lage, die positiven Erfahrungen, die er während der Desensibilisierungsübungen gemacht hatte, auf der Verhaltensebene umzusetzen. Das heißt, der Klient ging zu diesem Zeitpunkt noch nicht in die Schule und schaffte es nur sporadisch, therapeutische Hausaufgaben (ohne seine Mutter aus dem Haus gehen, einen Freund besuchen, allein in die nächste Stadt fahren) zu bewältigen.

In einem Bilanzgespräch erklärte der Therapeut, daß aus seiner Sicht ein weiteres Vorgehen wie bisher nichts bringe. Wenn M. es schaffen wolle, seine Trennungsängste soweit zu bewältigen, daß er wieder in die Schule gehen könne, sei eine „Roßkur“ notwendig. Das heißt, Martin setzt sich – zunächst in Begleitung des Therapeuten, anschließend allein – nicht nur gedanklich, sondern real, den Situationen aus, die ihm größte Angst bereiten und die er teilweise schon jahrelang erfolgreich vermieden hat.

Erläutert wurde das Prinzip der Reizkonfrontation anhand von Beispielen (Hundephobie, Höhenangst) und verbunden mit dem Hinweis, daß Martin durch praktische Übungen schneller und umfassender den Angstteufelskreis durchbrechen könne. Ebenso wurde verdeutlicht, daß ein solches Vorgehen ein hohes Maß an Kooperations- und Risikobereitschaft auf seiten des Klienten erfordert. Bis zur nächsten Sitzung waren Martin und seine Mutter entschlossen, sich auf dieses Vorgehen (der Inszenierung realer Trennungssituationen) einzulassen.

Die Konfrontationsbehandlung hat sich in den letzten Dekaden bei der Behandlung von Phobien unterschiedlichen Typs als Methode der Wahl etabliert (ausführlicher hierzu MARKS 1987). Das konkrete Vorgehen kann hier nur skizziert werden, ausführliche Abhandlungen finden sich bei BARTLING et al. (1980) sowie HAND (1993). Was den Einsatz von Konfrontationsverfahren bei Kindern angeht, so existieren keine systematischen Studien, sondern

lediglich einzelne Fallberichte (im Überblick FLORIN u. FIEGENBAUM 1990, SCHNEIDER et al. 1993), aus denen keine brauchbaren Indikationskriterien und nur sehr partiell Hinweise auf Planungs- und Umsetzungsschritte abzuleiten sind. Der Einsatz des Reizkonfrontationsverfahrens in vivo erlaubt zwei Vorgehensweisen:

- (a) Beim abgestuften Vorgehen wird der Patient entlang einer zuvor erstellten Angsthierarchie in aufsteigender Folge angstausslösenden Situationen ausgesetzt.
- (b) Beim flooding-Verfahren wird der Klient zu Beginn mit den top-items der individuellen Angsthierarchie konfrontiert.

Im vorliegenden Fall wurde die Variante des abgestuften Vorgehens gewählt. Zu einem lag dies nahe, weil diese Strategie bereits aus den Desensibilisierungsübungen dem Klienten vertraut war. Andererseits ist bekannt, daß das flooding-Verfahren zwar die effektivere Variante darstellt (FIEGENBAUM 1988, SCHNEIDER et al. 1993, S. 231), daß hierbei allerdings die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs erheblich höher ist.

Um die Wirksamkeit des Konfrontationsverfahrens sicherzustellen, waren Situationen zu arrangieren, die eine hochgradige Aktivierung der kognitiven und emotionalen Zustände in Zusammenhang mit Trennungssituationen gewährleisteten: Aus dem Repertoire der Desensibilisierungsübungen in sensu wurden in Absprache mit dem Klienten einige angstausslösende Situationen übernommen und weitere konstruiert. Die Reihenfolge wurde anhand einer von Martin erstellten Angsthierarchie festgelegt. Folgende Übungen wurden durchgeführt:

Übung 1: Martin trennt sich von seiner Mutter vor der Beratungsstelle und entfernt sich in Begleitung des Therapeuten.

Übung 2: Aufgabe wie bei Übung 1 ohne Begleitung.

Übung 3: Martins Mutter entfernt sich außer Sichtweite von der Beratungsstelle, während der Junge sie vom Fenster aus beobachtet.

Übung 4: Der Klient begibt sich mit seiner Mutter in die Stadt. Während sie in einem Cafe auf ihn wartet, erledigt ihr Sohn mehrere Einkäufe.

Übung 5: Martin beobachtet vom Fenster des Beratungszimmers, wie seine Mutter ins Auto steigt und wegfährt. Exemplarisch sei hier die schriftliche Vereinbarung für diese Übung geschildert:

„Meine Mutter wird das Haus (Psychologische Beratungsstelle) verlassen, zum Parkplatz gehen, sich ins Auto setzen, wegfahren und nach etwa 15 Minuten zurückkommen. Vom Fenster aus werde ich sie beobachten. Ich werde Angst haben, Herr M. wird bei mir sein und mir helfen, diese Angst auszuhalten. Ich weiß, daß meine Angst noch größer werden wird, wenn ich meiner Mutter nachlaufe und versuche, sie aufzuhalten. Sollte ich es trotzdem versuchen, wird Herr M. mich daran hindern, das Zimmer zu verlassen, wenn es sein muß, wird er mich festhalten.“ (Die Abwesenheiten der Mutter von M. wurden bei mehreren Wiederholungen bis auf 90 Minuten gesteuert.)

Übung 6: Martin begibt sich allein in die Stadt bis zum Bahnhof und fährt mit dem Zug in den nächsten Ort. Er wird dort von seiner Mutter abgeholt.

Übung 7: Der Klient fährt Fahrstuhl in einem Hochhaus mit 13 Stockwerken, zunächst in Begleitung, anschließend allein.

Diese Übung stand nicht in direktem Zusammenhang mit der Bewältigung der Trennungsängste. Sie wurde zum einen ins Programm genommen, weil M. schon im ersten Gespräch den Wunsch geäußert hatte, die Angst vor dem Fahrstuhlfahren gern loswerden zu wollen. Zum anderen erschien es dem Therapeuten wichtig, daß der Klient eine hochgradig angstbesetzte Situation bewältigen lernt, an der seine Mutter überhaupt nicht beteiligt ist. (Der Verlauf dieser Übung sei hier ausführlicher beschrieben.):

Als M. in Begleitung des Therapeuten vor dem Gebäude steht, schnellte seine Erwartungsangst hoch, diese steigert sich, als er direkt vor dem Fahrstuhl steht. Er wird kreidebleich, kurzatmig und meint, das könne er niemals schaffen. Er versuchte zu verhandeln, er wolle sich Zeit lassen, es das nächste Mal versuchen. Als die Fahrstuhltüren sich öffnen, nimmt ihn der Therapeut am Arm, Martin macht sich schwer, läßt sich aber ohne massiven Widerstand in den Fahrstuhl schieben. Er stützt sich an der Wand ab und versucht den Therapeuten zu überreden, im nächsten Stockwerk aussteigen zu dürfen. Bei dieser ersten Fahrt in Begleitung ließ die Angst bei Martin nach etwa 2-3 Minuten deutlich nach, und der Therapeut entschloß sich, daß Martin nach einer weiteren mit einer nur kurzen Angstphase verbundenen Fahrt allein den Fahrstuhl benutzen solle. Er bekommt die Aufgabe, ins Obergeschoß und anschließend zurückzufahren. Dieses Vorhaben konnte allerdings erst in der nächsten Sitzung realisiert werden. M. berichtet nachher, er habe noch einmal große Angst gehabt in dem Moment, als die Fahrstuhltüren geschlossen wurden.

Diese Übungen wurden in acht Sitzungen in der hier angegebenen Reihenfolge, zum Teil mit mehrfachen Wiederholungen, in einem Zeitraum von drei Wochen durchgeführt; dabei lernte M., seine Trennungsängste nahezu vollständig zu bewältigen. Entscheidend für die positive Veränderung der Symptomatik waren nicht zuletzt zusätzliche Übungen, die der Klient ohne Begleitung des Therapeuten zu Hause durchführte. Diese umfaßten über einen Zeitraum von vier Wochen täglich zwei Aktivitäten, die eine Trennung von seiner Mutter erforderten: z. B. seinen Freund besuchen; allein ins Schwimmbad gehen; mit dem Bus in den nächsten Ort fahren. Die Aktivitäten wurden von M. protokolliert, Fortschritte, wie auch unerledigte oder nicht bewältigte Aufgaben mit dem Therapeuten besprochen, zum Teil auch telefonisch (zum Thema Hausaufgaben in der Psychotherapie vgl. BORGART u. KEMMLER 1991).

Neben der Konfrontation mit angstausslösenden Situationen und den von M. allein durchgeführten Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz erfolgte eine Auseinandersetzung mit negativen Emotionen. In Gesprächen mit Martin, an denen zeitweilig seine Mutter beteiligt war, wurden die größtmöglichen Katastrophen, die seine Trennungsängste begleiteten und sein Vermeidungsverhalten rechtfertigten, im Detail besprochen. Beispielsweise setzte sich Martin in mehreren Sitzungen mit der Frage auseinander, was geschieht mit mir, wenn meine Mutter krank wird oder stirbt.

Was die vordergründige Symptomatik angeht, so ist jetzt, wenige Wochen nach Beendigung der intensiven Behandlungsphase festzustellen, daß M. wieder regelmä-

ßig zur Schule geht. Für ein abschließendes Resümee ist es noch zu früh, der Therapeut mag Rückschlüsse nicht ausschließen; M. und seine Mutter zeigen sich zuversichtlich, daß die größten Schwierigkeiten überwunden sind.

7 Abschließende Überlegungen

Das Phänomen der Trennungsangst hat zu zahlreichen Modellbildungen angeregt; angefangen von psychoanalytischen Theorien sensu BOWLBY bis zu lerntheoretisch orientierten Konzepten, deren Vielfältigkeit nicht mehr einem einheitlichen theoretischen Standpunkt zuzuordnen ist.

Die Auseinandersetzung mit kindspezifischen Ängsten hat inzwischen ein beachtliches Theorienspektrum hervorgebracht. Hingegen liegen bisher nur wenige systematische Studien zu Indikationsfragen, zur Praktikabilität und Effektivität von Behandlungsverfahren vor.

Auffallend, wie bei zahlreichen psychischen Beeinträchtigungen des Kindes- und Jugendalters, ist auch hier die augenfällige Diskrepanz zwischen der epidemiologischen Häufigkeit (ANDERSON et al. 1987, COSTELLO 1989, FERGUSON et al. 1993) und der Behandlungsrate. Eine therapeutische Hilfe wird häufig erst dann in Erwägung gezogen, wenn das Vermeidungsverhalten zu gravierenden Restriktionen im Lebensvollzug des Kindes führt. Auch im vorliegenden Fall erfolgte die Vorstellung des Kindes erst, als die Schullaufbahn ernsthaft gefährdet war.

Die zumindest vorläufigen Erfolge in diesem Fall sind auf den Einsatz der Konfrontationstherapie in vivo zurückzuführen. Als förderlich hat sich dabei der erste Therapieabschnitt mit den Desensibilisierungsübungen erwiesen. Dieser begünstigende Umstand resultierte weniger aus einem planvollen Vorgehen, denn als naheliegende Konsequenz aus dem Prozeßgeschehen. Nach der ersten, wenig erfolgreichen Behandlungsphase war ganz eindeutig, daß das Vermeidungsverhalten von M. sich nur sekundär auf den Schulbesuch erstreckte und die Trennungsangst vielmehr direkt zu behandeln war.

Der vorliegende Fall bildet ein eindrückliches Beispiel dafür, daß auch bei der Behandlung von Kindern der Eigenverantwortung eine herausragende Bedeutung zukommt. Hiermit sind auch die ethischen Implikationen der Konfrontationsbehandlung tangiert. Die *conditio sine qua non* bei der Anwendung dieses Verfahrens ist das volle Einverständnis des Klienten, und dieses beinhaltend eine umfassende Aufklärung, die volle Zustimmung für jede einzelne Übung.

Summary

Case Study of a Treatment of School Phobia Using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation

Starting from one case for treatment, the phenomenon of school phobia (separation anxiety) is being discussed as to the definitional, diagnostic, and therapeutic aspects involved. The author attempts to classify school phobia

within a behavioral framework. The development of separation anxiety is then being explained under a hypothesis model. For diagnostic and therapeutic purposes an orienting framework is being sketched out which takes into account practical experience as well as research evidence.

Literatur

- ANDERSON, J. C. et al. (1987): DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76. – BARRIOS, B. A./O'DELL, S. L. (1989): Fears and anxieties. In: MASH, E. J./BARKLEY, R. A. (eds.): *Treatment of Childhood Disorders*. New York. – BARTLING, G. et al. (1980): Reizüberflutung in Theorie und Praxis. Stuttgart. – BERG, C. Z. et al. (1986): The Leyton Obsessional Inventory – Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 84-91. – BERG, I. (1970): A follow-up study of School Phobic Adolescents admitted to an In-Patient Unit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 11, 37-47. – BIRD, H. R. et al. (1993): Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 361-368. – BOWEN, R. et al. (1990): The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 753-758. – BORGART, J./KEMMLER, L. (1991): Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 12, 13-18. – BOWLBY, J. (1974): *Anxious Attachment and the „Phobias“ of Childhood*. In: BOWLBY, J.: *Attachment and Loss*; Vol. II. New York. – BROADWIN, I. A. (1932): Contribution to the study of Truancy. *American Journal of Orthopsychiatry* 2, 253-259. – COHEN, P. et al. (1993): An epidemiological study of disorder in late childhood and adolescence – I: Age- and genderspecific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 851-867. – COOLIDGE, J. C. et al. (1957): School Phobia: Neurotic Crisis or Way of life. *American Journal of orthopsychiatry* 1, 296-306. – COSTELLO, E. J. (1989): Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 851-855. – DAVIDSON, S. (1969): School Phobia as a Manifestation of Family Disturbance. *Journal of Child Psychol. and Psychiatry* 10, 270-287. – DEGENER, G. (1990): *Grundlagen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen. – DILLING, H. et al. (Hrsg.) (1989): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10*. Bern. – EMMELKAMP, P. M. G. (1982): *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York. – ESSER, G. et al. (1989): *Elterninterview-Manual*. Weinheim. – EYSENCK, H. J. (1959): Learning theory and behavior therapy. *Journal of Mental Science* 195, 61-75. – FERGUSON, D. M. et al. (1993): Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15-year-olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 1127-1134. – FIEGENBAUM, W. (1988): Long-term efficacy of ungraded versus masses exposure in agoraphobias. In: HAND, I./WITTCHEN, H. U. (eds.): *Panic and phobias*. Berlin. – FLORIN, I./FIEGENBAUM, W. (1990): Angststörungen bei Kindern. In: FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J. (Hrsg.): *Angststörungen*, München. – GORDON, D. A./YOUNG, R. D. (1976): *School Phobia: A Discussion of Etiology, Treatment and Evaluation*. *Psych. Reports* 39, 783-804. – HAND, I. (1993): Expositionsbehandlung. In: LINDEN/HAUTZINGER: *Handbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin. – HERMECZ, D. A./MALAMED, B. G. (1984): The assessment of emotional imagery training in fearful children. *Behavior Therapy* 15, 156-172. – JOHNSON, A. M. et al. (1941): School Phobia, *American Journal of Orthopsychiatry* 11, 702-711. – KANFER, F. et al. (1990): *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin. – KASHANI, J. H./ORVASCHEL, H. (1990): A community study of anxiety in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 596-599. – KOEPPEN, A. S. (1974): Relaxation training for children. *Elementary in School Guidance and Counseling* 9, 14-21. – KOLVIN, S. et al. (1984): Classification and diagnosis of depression in school phobia. *British Journal of Psychiatry* 145, 347-357. – LOTZGESELE, M. (1990): Schulphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39, 18-25. – MARKS, I. M. (1987): *Fears, Phobias and Rituals*. New York. – MATTEJAT, F. (1981): *Schulphobie: Klinik und Praxis*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 30, 292-298. – MOWRER, O. H. (1960): *Learning Theory and Behavior*. New York. – ÖHMANN, A. et al. (1985): Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses. In: REISS, S./BOOTZIN, R. R. (eds.): *Theoretical issues in behavior therapy*. New York. – PETERMANN, F. (Hrsg.) (1994): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen. – PETERMANN, U./PETERMANN, F. (1994): *Training mit sozial unsicheren Kindern*, 5. Aufl. Weinheim. – RADIN, S. (1967): Psychodynamic Aspects of School Phobia. *Comprehensive Psychiatry* 8, 119-128. – REINECKER, H. (1993): *Phobien, Agoraphobien, soziale und spezifische Phobien*. Göttingen. – REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1990): *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen. – SCHLUNG, E. (1987): *Schulphobie*. Weinheim. – SCHNEIDER, S. et al. (1993): *Phobien*. In: STEINHAUSEN, H. C./VON ASTER, M. (Hrsg.): *Handbuch der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim. – SMITH, R. E./SHARE, T. M. (1967): Treatment of a school phobia with implosive therapy. *Journal of Consulting Psychology* 35, 239-243. – STRAUSS, C. C. (1988): Behavioral assessment and treatment of overanxious disorder in children and adolescents. *Behavior Modification* 12, 234-251.

Anschrift des Verfassers: Dr. Hubert Mackenberg, Psychologische Beratungsstelle, Im Baumhof 5, 51643 Gummersbach.